

11 JUN 2003

A teoria do ganha-ganha na saúde

Prejuízos pelo conflito de interesses no sistema assistencial privado

Há consenso de que é preciso criar um novo modelo privado assistencial de saúde sustentado por uma nova ordem econômica. Todavia, a possibilidade de aferirmos resultados concretos passa, necessariamente, pela eliminação dos conflitos de interesses que, na atualidade, têm levado as partes do sistema a maximizarem o ganho individual em detrimento do coletivo.

A essência destes conflitos está na estrutura de incentivos que verdadeiramente impulsiona cada um dos participantes do sistema, sejam compradores de planos de saúde individuais ou empresariais, corretores, operadoras, médicos, infra-estruturas (hospitais, clínicas, laboratórios etc.) ou pacientes.

Operadoras de planos têm dificuldade em fazer grandes investimentos em ações voltadas para a promoção de saúde e a prevenção de doenças, na medida em que não dispõem de mecanismos ou estímulos concretos para garantir a fidelização necessária que justifique tal investimento. A ausência de perspectivas concretas de relações duradouras desestimulam a colaboração entre as partes, reduzindo as possibilidades de se pensar e agir sistematicamente.

A forma com que operado-

ras remuneram médicos e hospitais, sem qualquer aferição da qualidade, tem levado o sistema privado assistencial de saúde a arcar com ineficiências, desperdícios e conseqüentemente, custos crescentes, colocando em risco a qualidade dos serviços. A remuneração de tecnologia em detrimento do qualificado profissional médico levou a uma postura irresponsável e distorcida.

A excessiva fragmentação de prestadores de serviços de saúde contribui para que ocorra o conflito de interesses na medida em que a decisão racional de cada indivíduo, considerando suas próprias vantagens, conduz a um resultado irracional e negativo para o coletivo.

O aumento desenfreado da comunidade que presta serviços gera a diluição do senso de obrigação, e o principal agente de toda a cadeia — o paciente — passa a ser o maior prejudicado por essa situação.

A ausência de participação financeira em eventos de valores reduzidos, mas de alta frequência, como consultas e exames, dissociando, na maior

parte das vezes, quem usa (paciente) de quem paga (contratante do plano), leva ao freqüente uso pouco criterioso dos serviços disponíveis. A falsa sensação de que nada se paga tem trazido resultados catastróficos, na medida em que os procedimentos ambulatoriais representam,

hoje, mais da metade do custo de muitas das operadoras brasileiras.

O que temos, portanto, é um sistema fragmentado, desintegrado e autofágico, no qual os recur-

sos coletivos são explorados pelas partes. Está claro que a viabilidade do sistema e de todos os seus agentes passa, necessariamente, pela colaboração mútua. Colaboração esta que somente tem como ocorrer se vier acompanhada de mecanismos de incentivos e penalidades. Os fins, já sabemos quais buscamos. Os meios, entre eles a correção da estrutura de incentivos que tem gerado profundos conflitos, passam a ser vitais para atingirmos uma nova realidade.

* Vice-presidentes da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp).

O aumento da comunidade que presta serviços gera a diluição do senso de obrigação